Les dystocies osseuses

Dr BENDAOUD

I/Définition-généralités :

-La filière pelvi-génital de la femme oblige le fœtus à s'adapter à une série d'obstacles qu'il doit aisément et sans risque majeur, à condition que ses dimensions et sa forme soient suffisamment vastes pour permettre les adaptations successives de la mécanique obstétricale.

-Un bassin vicié ou dystocique est un bassin dont les dimensions, la forme ou l'inclinaison s'écartent du type commun de telle sorte qu'il peut en résulter des perturbations dans le déroulement de l'accouchement, c'est-à-dire « une dystocie dynamique »

II/Classifications des bassins viciés :

-La plus utilisée est la classication anatomo-clinique basée sur la mesure des principaux diamètres du bassin.

- **Les bassins viciés symétriques :**

-Se sont les plus fréquents. Un ou plusieurs diamètres sont inferieurs à la normale.

- Anomalies du détroit supérieur (DS) :

-Ils peuvent isolées ou associées à des anomalies de l'excavation et du détroit inférieur .Elles sont congénitales .Elles sont retrouvées surtout chez les femmes de petites taille.

-Elles signent « la dystocie d'engagement »

- Les bassins aplatis purs : Ils sont caractérisés par l'atteinte de :

-Diamètre promonto-retro-pubien diminué (PRP < 9,5 cm), le diamètre transverse médian est normal (DTM > 12,5 cm) avec une diminution de la hauteur du losange de Mickaelis

-L'engagement se fait après orientation dans le sens transversal

-à l'examen clinique : saillie du promontoire

- Les bassins transversalement rétrécis : Ils sont caractérisés par :

-Un diamètre transverse médian (DTM) < 12 cm et Le PRP est normal

-A l'examen clinique, on retrouve des lignes innominées suivi sur plus de 2/3 tiers antérieur ;la pelvimétrie externe retrouve au niveau du losange de Mickaëlis, une diminution de la hauteur et une diminution de la base ainsi un triangle prépubien de Trillat diminué

-Il en existe différentes formes : B.ovalaire, B .rond, B.triangulaire

- Les bassins généralement rétrécis (BGR) :

-Ils sont caractérisés par la diminution proportionnelle de tous les diamètres (PRP< 9,5 cm, diamètre oblique < 11 cm, DTM <12 cm) avec une forme conservée

-à l'examen clinique, on retrouve des lignes innominées sont suivies sur plus des 2/3 antérieur et un promontoire accessible et à la pelvimétrie externe retrouve au niveau du losange de Mickaëlis, une diminution de la hauteur et une diminution de la base ainsi un triangle prépubien de Trillat diminué

-C'est un bassin chirurgicale =la césarienne est de règle

❖ Les anomalies du détroit moyen et de l'excavation :

-L'atteinte peut être isolée ou associés à celle du détroit supérieur et du détroit inferieur, elles sont responsables de la dystocie de progression et le diagnostic est souvent rétrospectif

- Les anomalies du détroit moyen (DM) :

-On constate une diminution de tous les diamètres transversaux surtout du diamètre bi-épineux <10 cm avec des épines sciatiques saillantes.

-La descente et la progression se font par asynclitisme latéral et hyperflexion.

- Les anomalies de l'excavation :

-Elles concernent des anomalies de la courbure sacrée comme dans les bassins canaliculés.

❖ Les anomalies du détroit inferieur (DI) :

-Elles sont rarement isolés .C'est une dystocie de dégagement qui se fait souvent en occipito-sacré (OS).

- Il existe une diminution du diamètre bi-ischiatique

➢ **Les bassins viciés asymétriques** :

-Ils se définissent par la différence des 2 diamètres sacro-cotyloïdiens (= 9 cm) c'est-à-dire entre les distances allant du milieu du sacrum au point situé en regard du des 2 cavités cotyloïdiennes.

-3 types sont décrits :

- Asymétrie légère = c'est la différence de 1 à 2 cm avec un diamètre sacro-cotyloïdien < 8 cm
- Asymétrie moyenne = c'est la différence de 3 à 3 cm avec un diamètre sacro-cotyloïdien entre 7 à 8 cm
- Asymétrie sévère ou violente = c'est la différence de 3 cm avec un diamètre sacro-cotyloïdien < 6 cm

-Etiologies :

-Scoliose, boiteries, coxalgie, LCH unilaterale, fracture du bassin=) surcharge d'un coté du bassin entrainant un redressement de la ligne médiane homolatérale et un déplacement de la symphyse pubienne du coté opposé. Se sont des lésions acquises, la pathologie doit apparaitre l'âge de la marche

III/Conduite à tenir :

- **Eléments de pronostic obstétrical :**

-Le recueil des éléments pronostiques permet d'adopter une conduite réfléchie surtout dans le cadre de l'urgence chez la femme en travail

- ATCD obstétricaux :

-Parité, déroulement des accouchements antérieurs, notion d'accouchement dystocique (forceps, morts du travail, césarienne…)

-Poids de naissance, score d'APGAR et développement psychomoteur des enfants

- Examen clinique

-Général à la recherche de tares

-Examen obstétrical et du bassin (pelvimetrie)

- Radiopelvimétrie : si nécessaire
- **Conduite à tenir :**

-Jugée sur les éléments du pronostic ; deux attitudes se discutent :

- Césarienne prophylactique :

-Qui est une attitude préventive, la césarienne est décidée à l'avance afin de garantir un enfant sain, non traumatisé

-Ses indications sont les bassins généralement rétrécis (PRP< 9cm, et indice de Magnin < 20) et les asymétries sévères, les dystocies modérées avec des éléments de mauvais pronostic surajoutés

- Epreuve du travail :

a)Définition :c'est une confrontation entre une tête fœtale non engagée d'une part et les dimensions rétrécis d'un bassin rigide d'autres part sous l'influence de contractions utérines normales ou normalisées pendant un certain temps après la rupture de la poche de eaux afin de permettre un accouchement normal avec un enfant sain sans souffrance .

b) Indications :

-Une présentation céphalique une mère sans tare, ni ATCD lourd avec un bassin aux dimensions « limite »

c)Conduite pratique :

-Conditions : l'épreuve doit se tenir en milieu hospitalier, avec un bloc opératoire disponible patiente en travail franc, partogramme établi avec surveillance cardiotocographique,elle débute après le rupture artificielle de la poche des eaux et des contractions normales efficaces .

-Phase de surveillance : jugée sur le partogramme

-Phase de jugement : la durée de l'épreuve ne doit pas dépasser la durée d'un travail normal soit < 8h.Trois de figures peuvent se présenter :

-Cas défavorables imposant une césarienne d'urgence : SFA, défaut d'engagement à dilatation complète

-Cas défavorables avec un accouchement normal par voie basse

-Cas difficiles avec une tête qui s'engage suivi d'un arrêt de la progression, chevauchement des os du crane et une bosse serosanguine, certains auteurs proposent un forceps d'essai puis une césariennes si échec

IV : Conclusion

-L étude des dystocies osseuses permet d'éviter la morbidité et la mortalité fœtal et maternelle, l'important est d'évaluer un pronostic d'accouchement soigneux